

THÈSE 879

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

ÉLÉAZAR M. WINOGRAD

Né le 23 Novembre 1901, à Bostyn (Pologne).

Le facteur nerveux
dans
l'Anorexie du Nourrisson

Président : M. LEREBoullet, Professeur.

078

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

ÉLÉAZAR M. WINOGRAD

Né le 23 Novembre 1901, à Bostyn (Pologne).

Le facteur nerveux dans l'Anorexie du Nourrisson

Président : M. LEREBoullet, Professeur.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. ROUSSY.

i. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET

Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale et orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOIGNOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) .. Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN... .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neuro-psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BROCQ.	Clinique chirurgicale. (suite)
ALAJOUANINE ..		LADENAT	
AUBERTIN		GATELLIER ...	
BRULE		HEITZ-BOYER..	
Chabrol		MOURE	
CHIRAY		QUENU	
DONZELOT.		SCHWARTZ	
DUIVOIR		VELTER	
LIAN			
PASTEUR - VAL-		GUÉNIOT.	Clinique obstétricale.
LERY-RADOT .		LE LORIER....	
SÉZARY.		LEVY-SOLAL ..	
		METZGER.	
BASSET	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE

Monsieur le PROFESSEUR LEREBoullet.

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la première
enfance.

Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés.

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et
nous a constamment guidé de son enseignement
inappréciable ; qui ne nous a jamais ménagé sa
bienveillance et qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille accepter ce témoignage de
notre profonde gratitude et de notre res-
pectueux dévouement.*

A Monsieur le DOCTEUR ANDRÉ BOHN
Ancien chef de clinique à l'Hospice des Enfants
Assistés

Pour l'intérêt qu'il nous a manifesté et les précieux conseils qu'il nous a donnés.

Notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le DOCTEUR EL. BENJAMINI (TEL-AVIV)

*Pour son encouragement et son haut exemple
d'un homme et d'un médecin.*

Nos hommages.

INTRODUCTION

« Dans la grande majorité des cas, les nourrissons prennent avec plaisir, voire avec avidité, les aliments qui leur sont présentés ; ils puisent le sein maternel, ils protestent quand le biberon est terminé, ils réclament le repas bien longtemps avant l'heure normale. » (Saint-Girons).

Cet état de choses s'observe dans les cas normaux. Mais il suffit qu'une petite anomalie frappe le bébé, qu'un dérangement quelconque vienne troubler une de ses fonctions — et l'enfant peut montrer sa souffrance par une anorexie partielle ou absolue, par une perte de l'appétit qui peut être passagère ou prolongée, s'accompagnant ou non d'autres symptômes morbides. Ainsi, l'anorexie se trouve-t-elle être un symptôme des plus fréquents dans le très jeune âge.

« Cette anorexie du nourrisson est d'observation courante dans la pratique journalière aussi bien en ville que dans le milieu hospitalier, nous dit M. le Pr. Lereboullet ; elle est l'un des syndromes que nous avons le plus souvent à soigner. »

Pourtant, l'étude de l'anorexie du nourrisson est de date relativement récente. En faisant une revue de la littérature médicale sur cette question, M. Lereboullet a dit notamment :

« Les traités classiques n'ont longtemps consacré aucun chapitre à ce point important de la pathologie de la première enfance. On trouve toutefois un court chapitre à son sujet dans le livre sur la thérapeutique du nourrisson de MM. Nobécourt et Maillet; M. Marfan y est revenu dans ses cliniques à plusieurs reprises.

M. Comby en a précisé nombre des caractères dans ses études sur l'anorexie mentale. M. Tixier en a fait une bonne étude d'ensemble. J'ai moi-même consacré à ce sujet une de mes leçons en 1930 et peu après mes élèves Saint-Girons et Lelong ont repris chacun de son côté certains aspects de la question. Puis mon regretté collègue et ancien interne Jean Hutinel en a fait l'objet d'une de ses leçons, mon élève Lecadre lui a consacré une thèse très étudiée. Enfin, j'ai exposé avec mon élève A. Bohn l'histoire de l'anorexie du nourrisson dans le *Traité de Médecine des Enfants* de Nobécourt et Babonneix. »

Depuis ce dernier travail, M. Lereboullet est revenu dans une leçon clinique sur ce sujet en insistant plus particulièrement sur l'importance du facteur nerveux dans l'anorexie du nourrisson, quelle que soit son origine. Il nous a engagé à reprendre dans notre thèse les faits qui lui ont servi de base et qui précisent bien la question.

Mais auparavant, nous devons brièvement rappeler ce qu'est l'anorexie du nourrisson et quelles en sont les causes.

CHAPITRE PREMIER

Définitions : anorexie, facteur nerveux, nourrisson.

*Les diverses variétés étiologiques de l'anorexie
du nourrisson.*

Son diagnostic avec la fausse anorexie.

Anorexie

Le mot anorexie dérive étymologiquement du grec : « privatif et $\sigma\pi\epsilon\tau\iota\tau\iota\varsigma$ appétit, c'est-à-dire qu'on dénomme ainsi un manque ou « une perte de l'appétit, une suppression du désir de la nourriture. » (Lereboullet).

Immédiatement, une nouvelle question peut se poser : qu'est-ce que l'appétit ?

Sans vouloir nous laisser trop entraîner dans ce domaine de définitions, on peut résumer sur ce point quelques lignes intéressantes de M. Nobécourt. En rappelant que d'après Littré il n'y a entre l'appétit et la faim qu'une simple question de degré, il remarque que les recherches modernes, pourtant, ont montré qu'il y a une différence cardinale entre ces deux termes. « La faim est le besoin d'aliments, l'appétit est le désir d'aliments. Ils peuvent être dissociés. » On reconnaît, pourtant, que la faim comporte aussi un élément psychique.

Chez l'adulte, dans le langage courant, on englobe souvent dans le terme d'anorexie, en plus de l'anorexie vraie, aussi le manque de faim et la sitiophobie, qui sont pourtant trois troubles distincts, mais parfois difficiles à séparer. Chez l'enfant, les distinctions sont encore plus difficiles à trancher.

De notre discussion ultérieure, il va apparaître que,

dans beaucoup de cas, l'anorexie n'est qu'un développement d'une sitiophobie initiale. Il semble, alors, qu'il n'est pas une définition plus rigoureuse ou exacte de l'anorexie que celle acceptée dans le public. Pour en éliminer le manque de faim ou le refus de manger, il faut s'appuyer sur la clinique et l'observation individuelle.

Facteur nerveux

Sous le terme « facteur nerveux », on traitera ici des éléments psychologiques plutôt que psychopathiques. Peut-être pourrait-on comprendre aussi sous ce nom un éréthisme général du système nerveux végétatif, comme une sympathico ou vagotonie qu'on peut voir chez des enfants absolument sains par ailleurs.

Nourrisson

Le mot nourrisson, enfin, est accepté ici dans son sens classique. « Jusqu'à un an et demi environ, l'enfant du premier âge est appelé nourrisson. Ce mot s'applique à l'enfant pendant la période durant laquelle il *devrait* prendre le sein ; et le sevrage avait lieu autrefois entre 15 et 20 mois. » (Marfan). Pour d'autres auteurs, cette période peut être prolongée jusqu'à la fin de la première dentition, 30 mois environ.

Fausse Anorexie

Le diagnostic d'anorexie paraît à première vue évident. Il y a cependant lieu de distinguer des *fausses anorexies*. Notre Maître, M. le Professeur Lereboullet, dit à ce propos :

« Si pour une cause quelconque les actes de succion

et de déglutition sont troublés, l'enfant refusera sa nourriture, et il ne s'agit cependant pas d'une anorexie. Le nourrisson n'a pas perdu en effet le désir de prendre sa nourriture, mais il est dans l'impossibilité absolue de téter par suite de malformations locales : il s'agit donc d'une fausse anorexie, que l'on peut rencontrer dans des circonstances assez disparates. Tantôt il existe une malformation buccale comme un bec-de-lièvre ; d'autres fois une simple rhinite, une adénoïdite, un coryza, empêchent le nourrisson de fermer la bouche pour pouvoir respirer. Les prématurés, les débiles, les atrophiques, sont souvent dans l'impossibilité de faire un effort de succion par suite de leur insuffisance musculaire. Les enfants atteints d'encéphalite congénitale n'ont pas l'intelligence de téter ; enfin l'impossibilité de se nourrir peut être le fait d'une paralysie faciale congénitale ou d'une paralysie des muscles de la langue et du pharynx. Aucun de ces faits ne rentre dans le cadre de l'anorexie vraie. » Ceci est évident parce qu'on ne trouve pas ici « la suppression du désir de la nourriture », comme l'implique le nom de l'anorexie.

« Cependant, ajoute M. Lereboullet, chacun d'eux peut être la circonstance occasionnelle qui déclenche chez certains enfants nerveux l'anorexie véritable. C'est le point de contact qui unit les deux groupes. »

Variétés étiologiques

Quelles sont les causes de l'anorexie chez le nourrisson ?

Suivant la classification de notre Maître, elles sont très nombreuses et peuvent être réparties en cinq groupes, suivant qu'elles sont liées à une cause générale, à une infection, à un trouble digestif, à un état bucco-pharyngé défectueux ou, enfin, à une cause nerveuse ou mentale. Ces différents facteurs peuvent

rester isolés ou bien s'associer pour réaliser une étiologie intriquée, complexe. Chacun d'eux pose des indications thérapeutiques spéciales.

I. — *Les anorexies par troubles de l'état général* sont assez fréquentes. Elles peuvent s'observer chez les prématurés, les débiles et les hypothyroïdiques, sans qu'on puisse d'ailleurs faire en pareil cas la part de ce qui revient au manque d'appétit ou à l'impossibilité de téter en raison de l'intrication constante de ces deux facteurs.

Mais la plus importante de ces causes générales est certainement l'*hyper-excitabilité nerveuse*, que l'on observe couramment chez les spasmophiles ou les eczémateux. L'anorexie va toujours de pair, en pareil cas, avec l'agitation et l'insomnie, ce qui facilite beaucoup le diagnostic étiologique. On peut encore faire rentrer dans ce cadre les anorexies des hypo-thyroïdiens et des myxoédémateux, celles des enfants atteints de cardiopathies congénitales ou d'anémies graves de la première enfance dans toutes leurs variétés cliniques et hémalogiques.

Il faut enfin faire une place à part au rôle des fortes chaleurs de l'été qui peuvent provoquer une anorexie assez marquée (Marfan). Elle cède dès que la température est revenue à la normale. De même, en hiver, les locaux surchauffés (salles d'hôpitaux, pouponnières, crèches) peuvent avoir des conséquences analogues, et c'est là une cause d'anorexie à laquelle on ne songe pas toujours assez.

II. — *Les anorexies d'origine infectieuse* sont peut-être les plus fréquentes de toutes, chez le nourrisson plus qu'à tout autre âge.

Il est rare en effet d'observer une exagération de l'appétit pendant la convalescence d'une maladie infectieuse, sauf celle de la fièvre typhoïde (exceptionnelle chez le nourrisson). Dans la majorité des cas, on observe au contraire une anorexie plus ou moins

prononcée, ordinairement passagère, mais susceptible de se prolonger.

Toutes les *infections aiguës*, même les plus bénignes en apparence, peuvent provoquer l'anorexie. Une pyodermite, une rhinite, une adénoïdite aiguë, une otite, une bronchite, font disparaître à leur suite l'appétit aussi bien qu'une broncho-pneumonie ou une pyélonéphrite.

J'ai observé, dit M. Lereboullet, pour ma part, avec M. Benoist et Mlle Sainton, un cas d'anorexie du nourrisson survenu au cours d'une pleurésie purulente et qui, persistant plus de six mois, ne cessa que lorsque l'infection pneumococcique fut définitivement enrayée. Il faut également insister sur le rôle de la coqueluche, qui est une cause très fréquente d'anorexie : au facteur infectieux s'ajoute souvent d'ailleurs un *élément psychique*, l'enfant refusant de s'alimenter par crainte des vomissements.

Parmi les *infections chroniques*, la syphilis et la tuberculose sont dans nos pays les grandes génératrices d'anorexie.

Le professeur Marfan a insisté à juste titre sur le cas d'un petit anorexique dont le père était mort de paralysie générale : la mise en œuvre du traitement spécifique fit rapidement recouvrer l'appétit à l'enfant. Nombre de cas d'anorexie précoce et durable peuvent guérir ainsi, alors qu'ils résistent toujours aux moyens thérapeutiques habituels ; il y a donc lieu de toujours rechercher les stigmates de syphilis congénitale et de traiter l'enfant, le cas échéant, sans exagérer toutefois la fréquence de ce facteur.

Le rôle de la tuberculose est également à retenir : on voit alors apparaître simultanément l'anorexie, la fièvre et la chute de poids. La cuti-réaction et la radiographie confirment le diagnostic.

Par quel mécanisme ces différentes infections peuvent-elles provoquer l'anorexie ? Il semble bien qu'as-

sez souvent le rôle du foie puisse être invoqué ici, puisqu'on constate assez souvent des lésions hépatiques considérables à l'autopsie d'enfants ayant succombé des suites d'une infection au cours de laquelle l'anorexie put être notée. On peut donc admettre en pareil cas l'existence d'une hypocholie temporaire modifiant le fonctionnement digestif. Cette hypothèse semble cliniquement confirmée par les résultats favorables que donne l'emploi thérapeutique du calomel à petites doses.

III. — D'autres fois, l'anorexie a une *cause directement alimentaire ou digestive*. L'existence de troubles gastro-intestinaux, la dyspepsie du lait de vache, les diarrhées communes ont souvent comme conséquence une anorexie tenace. Les troubles hépatiques secondaires peuvent ici encore être invoqués, mais le rôle le plus important doit être dévolu sans aucun doute aux erreurs alimentaires de tout ordre. Il est possible de voir l'inappétence se manifester au moment d'un changement de lait, d'une modification de régime, de la première bouillie, du sevrage. Elle peut, dans ces derniers cas, être élective et ne porter que sur l'aliment nouveau que le nourrisson refuse jusqu'au jour où il s'est accoutumé à lui.

Les deux fautes alimentaires le plus souvent rencontrées à l'origine d'une anorexie sont : d'une part, la suralimentation; d'autre part et inversement, la sous-alimentation. Dans les deux cas, l'enfant ne retrouve l'appétit qu'au moment où est réglé son régime.

L'aérophagie peut être également une cause d'anorexie, car elle semble supprimer la sensation de faim par la distension de l'estomac qu'elle provoque. C'est un point que MM. Lelong et Aimé ont constaté chez nombre de nourrissons. L'accumulation de glaires dans l'estomac a pour M. Tixier un rôle direct dans nombre d'anorexies. Il est aisé de reconnaître et de traiter à

la fois cette cause par le tubage et le lavage gastriques.

Enfin, les anorexies par carences vitaminées complètent ce groupe des inappétences d'origine alimentaire ou digestive. Elles s'observent au cours de toutes les avitaminoses A, B, C ou D, et sont parfois le premier signe en date de l'avitaminose, précédant de loin tous les autres symptômes dont l'apparition lèvera les derniers doutes sur l'étiologie. (Ribadeau-Dumas, Mathieu et Willemin).

IV. — Dans d'autres cas, ce sont les *poussées dentaires* qui provoquent l'anorexie. M. Tixier a insisté sur l'importance de ce mécanisme et conseille d'explorer systématiquement avec l'ongle la gencive de tout nourrisson qui refuse de boire. Si la maturité dentaire est complète, la muqueuse est molle et se laisse facilement entamer ; on peut ainsi libérer aisément la dent malade et faire disparaître les douleurs. Dans le cas contraire, si les dents ne sont pas en cause, la muqueuse est dure et on ne peut aisément l'entamer. Ce procédé simple permet à la fois le diagnostic et le traitement de cette variété d'anorexie. Toutes les autres causes de DOULEUR LOCALE, stomatite, muguet, pharyngite, comme tout ce qui altère le goût habituel des aliments, abcès du sein, biberons trop sucrés, bouillies trop salées, peut de même façon expliquer l'apparition d'une anorexie. Cette cause locale douloureuse paraît à l'origine de nombreux cas d'anorexie.

M. Weill (de Lyon) pense que ces anorexies peuvent, dans certains cas, relever d'un pharyngospasme ; l'enfant retient dans sa bouche les aliments sans chercher à les déglutir. Cette dernière variété serait d'ailleurs plus fréquente chez les enfants de deux à cinq ans que chez les nourrissons.

V. — Il est enfin un dernier groupe de petits anorexiques qui ne rentre dans aucun des cadres précédents : c'est alors surtout qu'on doit invoquer un *fac-*

teur nerveux ou psychique à l'origine, sinon de l'apparition de l'anorexie, du moins de sa persistance. C'est avant tout sur ce facteur que nous désirons insister au cours de ce travail.

Souvent, en effet, le trouble nerveux est déclenché à son début par une irritation locale, l'enfant refuse de manger parce qu'il souffre et il continue plus tard de repousser sa nourriture par habitude prise, alors que la douleur initiale s'est atténuée ou même a complètement disparu.

M. Barbier cite à ce propos l'exemple d'un enfant qui fut brûlé un jour avec une cuiller trop chaude par une nourrice négligente : à partir de ce moment, il refusa les bouillies qui évoquaient certainement chez lui une sensation désagréable de brûlure, alors qu'il continuait à prendre volontiers d'autres aliments. Dans des circonstances analogues, d'autres enfants refusent de boire avec la personne qui les a brûlés, alors qu'ils acceptent volontiers leur nourriture des mains d'une autre personne.

Parfois toute cause locale fait défaut, du moins au moment où on examine l'enfant, et il faut alors invoquer à l'origine de l'inappétence une cause généralement purement psychique. *On a cru pendant longtemps que l'anorexie nerveuse vraie était exceptionnelle chez le nourrisson*, à l'inverse de ce qui se passe chez l'enfant plus âgé où elle est fréquente. Il n'en est pas ainsi dans la réalité, et dans la plupart des cas *l'élément psychique intervient pour une part plus ou moins grande dans la genèse de l'anorexie du nourrisson.*

C'est la justesse de cette dernière idée que nous essayerons de démontrer et d'expliquer dans les pages suivantes.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous connaissons aujourd'hui l'importance primordiale de la psychologie dans la formation du caractère, dès les premières semaines de la vie.*

La plupart des familles, par leur ignorance, négligent complètement d'appliquer ce principe, pour élever leurs enfants, ce qui justifie l'insistance du Professeur Lereboullet sur l'élément psychique dans l'anorexie.

Pour ne citer qu'un cas, il observe que « l'anorexie qui survient lors du sevrage est, pour une partie au moins, d'origine nerveuse ».

C'est ce fait que démontrent les observations de M. Lereboullet, recueillies dans son service à l'Hospice des Enfants Assistés, et que nous rapportons ici grâce à son obligeance.

Observations :

CAS N° 1

Notre petite malade, Bernard G..., est un nourrisson de 17 mois qui entre au pavillon Pasteur le 11 octobre 1934 parce que, depuis l'âge de 3 mois, il refuse à peu près toute nourriture. Jusqu'à ce moment, il s'était alimenté normalement, d'abord au sein pendant huit jours, puis l'allaitement maternel étant devenu impossible en raison d'abcès multiples des deux seins, on lui donne du lait pasteurisé. Sa croissance pendant tout ce temps fut absolument normale.

Mais vers l'âge de 3 mois, on décida de vacciner Bernard contre la variole : le début de l'anorexie coïncide exactement avec l'apparition des éléments de vaccins. Les premiers jours, les parents croient à une défaillance passagère de l'appétit, mais aucune amélioration ne se produit durant les semaines suivantes. Les parents commencent à s'inquiéter ; ils veulent forcer l'enfant à manger ; celui-ci se débat, crie, recrache ce qu'on vient de lui mettre dans la bouche. Les repas deviennent ainsi de véritables séances de lutte qui se poursuivent près d'une heure, et c'est à peine si pendant ce temps l'enfant consent à avaler quelques cuillerées. On essaie en vain le lait condensé Nestlé, le lait sec Dryco, le lait de chèvre, etc..., ce sont les mêmes difficultés. Les bouillies n'ont pas plus de succès. De nombreux médicaments, amers, noix vomique, papaine, injection de plasma de Quinton, ne modifient pas la situation. On fait même un traitement antisyphilitique.

« Il ne vit, écrit son médecin, que parce que sa mère lui entonne ses bouillies cuillerées par cuillerées et de force. Il est beau, n'a pas de vomissements ni de diarrhée, et, bien qu'il ne pèse que 18 livres à 16 mois, il a les apparences d'un enfant bien portant et sain. »

En raison de la persistance de cette anorexie, qui n'est même pas due à ce qu'il a peu d'appétit ou est vite rassasié, car il refuse de s'alimenter dès la première cuille-

rée, en raison de l'hypotrophie réelle qui tend à s'accroître, son médecin l'adresse au professeur Marfan, qui constate d'anorexie, estime que l'isolement du milieu familial est nécessaire et l'adresse au pavillon Pasteur de l'Hospice des Enfants Assistés, où on le reçoit le 11 octobre.

L'examen, réserve faite de l'anorexie, ne révèle aucun signe pathologique. L'examen viscéral est absolument négatif. L'examen radiologique, tout en montrant une aérogastrie pronocée, ne permet de déceler aucune lésion et le transit baryté est tout à fait normal.

L'interrogatoire détaillé des parents, poursuivi avec le concours de Mme le Docteur Codet, arrive toutefois à des précisions importantes sur le nervosisme du milieu familial ; la mère, notamment, est, de même que la grand'mère maternelle, très nerveuse, et les soins de l'enfant peuvent s'en ressentir. L'anorexie s'est effectivement développée peu après la vaccination et la perte d'appétit qui l'a accompagnée ; la mère, inquiète de ce manque d'appétit, a voulu forcer l'enfant, celui-ci résistant de plus en plus, et la mère imposant par tous les moyens la nourriture à l'enfant. Dans son découragement, la mère fréquemment se décharge sur la bonne des soins du repas et, dit-elle, « la bonne réussit mieux parce qu'elle n'y va pas par quatre chemins ».

Le père a signalé que les inquiétudes de la mère ont commencé à l'achat de la balance. On pesait sans cesse l'enfant et l'absence d'augmentation de poids ou la faible augmentation faisait insister sur les manœuvres de force destinées à faire boire l'enfant.

A l'âge de un an, l'enfant prenant de moins en moins, les repas sont administrés après ligature des poings et des pieds. On pince le nez pour faire ouvrir la bouche ; dans le même but, on tape les petites mains jusqu'à ce que l'enfant crie, ce dont on profite bien vite pour enfoncer une cuillerée dans la bouche. Le résultat de ces efforts est d'ailleurs nul et l'enfant, dans le mois qui précède l'entrée, perd un kilogramme.

Nous sommes dès lors à peu près fixés sur l'origine de cette anorexie. Les difficultés de l'allaitement du fait des

abcès du sein, la fièvre vaccinale à trois mois ont provoqué une anorexie initiale qui a été entretenue depuis par le nervosisme familial, par les erreurs dans la technique de l'alimentation que nous a révélées l'interrogatoire. L'isolement et l'emploi de méthodes inverses des méthodes de forces suivies jusqu'à présent doivent amener d'autres résultats.

L'enfant est isolé dans son box et ne reçoit comme médication que du gardénal (trois à quatre prises de 1 centigramme) ; il est suivi de près et traité en douceur. Non sans difficultés et avec beaucoup de patience, on arrive les premiers jours à lui faire ingérer régulièrement du lait, à condition qu'il soit parfaitement liquide, sans peau ni crème ; il fallait parfois une demi-heure pour lui faire absorber par cuillerées une timbale de lait, mais jamais il ne pleurait ni ne se débattait au cours des repas. Au bout de huit jours, on put commencer à épaissir le lait avec un peu de farine, mais l'enfant ne supportait encore aucune particule épaisse. Bien qu'encore souvent distrait, il prenait assez facilement ses repas et ne pleurait jamais.

A partir du 1^{er} novembre, on commença à lui donner de la purée avec un jaune d'œuf. Surpris et hésitant au début, il arrive à absorber tout, prend également du vermicelle et mange de plus en plus volontiers, les repas étant encore très longs. Le 3 novembre, on est tout surpris de le voir grignoter un gâteau et sembler y prendre grand plaisir. Malgré ces progrès, la courbe de poids ne se modifie que lentement ; l'enfant, après avoir gagné 100 grammes, les reperd pour les reprendre ensuite et, un mois après son entrée, il n'a repris que 300 grammes. Trois épisodes fébriles survenus au cours du séjour expliquent en partie ces variations. Peu à peu, toutefois, l'état s'améliore nettement, les repas sont faciles et on ne peut entrer dans la chambre de l'enfant sans qu'il vous désigne de suite la table où se trouvent les friandises. Lorsque nous le rendons à sa famille, en lui faisant toutes recommandations pour que soient continuées les mêmes méthodes de douceur patiente et per-

suasive, la partie est gagnée et l'enfant, dans les semaines qui suivent, reprend régulièrement du poids et va bien.

Il s'agit en résumé d'une anorexie tenace ayant débuté à l'occasion d'un épisode infectieux, entretenue par l'existence d'un certain degré de nervosisme familial qui a entraîné des erreurs multiples de l'entourage dans l'alimentation de l'enfant ; cette anorexie a finalement cédé à un traitement très simple, fait surtout de douceur et d'isolement.

CAS N° 2

Yvette P... a été une enfant tout à fait normale pendant les premières semaines de son existence. Elle tétait parfaitement et se développait normalement, quand un jour, alors qu'elle prenait le sein, elle a été surprise par un bruit violent, la chute d'une série de casseroles sur le carrelage. Elle a poussé de grands cris et a, pendant les deux jours qui ont suivi, refusé absolument le sein ; lorsqu'elle a, le troisième jour, consenti enfin à le reprendre, la mère avait un lait si abondant qu'il a jailli spontanément, inondant l'arrière-gorge de l'enfant, refluant par les narines et manquant d'étouffer Yvette. L'anorexie s'est dès lors constituée définitivement. Ni le sein, ni le biberon n'ont pu être donnés et l'enfant n'a accepté de boire qu'à la cuiller.

Plus tard, à l'âge de 8 ans, Yvette a été frappée par l'attitude de deux de ses cousins, l'un anorexique mental et l'autre encéphalopathique congénital, qui refusaient toute nourriture : elle a en quelque sorte pris exemple sur eux ; elle disait du premier : « Il ne mange pas et n'est même pas malade ; moi, au moins, je suis malade, j'ai le droit de ne pas manger ».

Peu à peu s'est alors constitué une anorexie permanente fixée et pour ainsi dire *organisée dans le milieu familial*, et dont Mme le Docteur Codet a bien pénétré

tous les caractères. La mère va chercher l'enfant à l'école et lui raconte ce qu'elle va manger à déjeuner, pensant exciter son appétit. Mais à table, Yvette annonce qu'elle n'a pas faim, et les supplications commencent. La mère l'excite de bouchée en bouchée, le père se met en colère. Yvette, la bouche pleine, ne veut rien avaler, et comme le père, difficile lui-même, refuse en criant ce qui ne lui plaît pas, Yvette veut faire comme son papa, lequel se fâche. Et cette comédie, où les supplications alternent avec la violence, dure deux heures, d'où retard en classe et difficultés avec la maîtresse.

On prescrit le traitement et les conseils suivants :

Gardénal, 1 centigramme à prendre avant chaque repas. Sympathil. 1 comprimé le matin et après le déjeuner de midi.

Ne plus tolérer le retard en classe. Mettre Yvette à table à la même heure que ses parents. Ne plus lui parler nourriture ; ni supplications ni menaces, manger simplement avec elle sans s'occuper de ce qu'elle fait. Desservir quand vient l'heure de la classe. La présenter chaque jour à *une heure fixe* à la selle.

Et comme résultat on trouve après un mois :

Yvette est très améliorée. Elle mange sans que les repas ne donnent lieu à aucun orage ; elle prend la même quantité de nourriture qu'avant, souvent un peu plus, mais bien plus rapidement, dans le même temps que ses parents.

Les horaires de classe plus réguliers ont amené plus d'intérêt au travail, les notes de classe sont bien meilleures. Yvette gagne des places. Elle trouve sa maîtresse très gentille.

La constipation, qui avait disparu pendant une quinzaine, reparait avec un petit rituel spécial. Yvette « se retient ». Joue, reste deux heures assise sans résultat. Sa mère commence supplications et menaces comme jadis pour les repas.

Instructions :

Ne pas insister plus d'un quart d'heure. Ne pas lui

en parler afin d'éviter l'installation d'une nouvelle constipation psychique.

Au dernier examen, le 30 janvier 1934, on trouve l'enfant en bon état, bien qu'elle ait fait deux rhumes tenaces et une rougeole.

CAS N° 3

L'histoire de notre troisième malade, qui est la sœur d'Yvette, est en partie calquée sur la précédente. Geneviève P... est née un peu avant terme le 12 juin 1934, ne pesant que 2.050 gr. Pendant les deux premiers mois qui ont suivi la naissance, elle a tété de façon assez satisfaisante et a pris régulièrement du poids. Mais vers le milieu du mois d'août, elle a eu une poussée de diarrhée accompagnée de fièvre qui a persisté pendant une quinzaine de jours malgré le traitement. C'est vers la fin de cet épisode infectieux qu'a commencé l'anorexie.

A partir de ce moment, toutes les fois que la mère veut donner le sein, l'enfant prend une à deux minutes, puis s'arrête et refuse de continuer. On essaye, sans succès d'ailleurs, de remplacer deux des tétées par des biberons et plus tard par de petites bouillies ; l'enfant refuse obstinément de les prendre. Par contre, elle tète parfaitement pendant le sommeil.

Cet état persiste sans changement jusqu'au 15 octobre environ : un deuxième épisode diarrhéique survient à ce moment et aggrave l'anorexie. C'est alors que cette enfant est amenée à la consultation de M. Lereboullet, qui remarque :

« Au moment où nous l'examinons, nous ne trouvons chez cette enfant de 4 mois et demi pesant 5.050 gr. qu'un minimum de troubles digestifs ; les selles sont d'aspect normal, mais ont une odeur fort spéciale. Il existe par contre des troubles nerveux marqués ; l'enfant est sans cesse agitée, secouée de soubresauts ; elle pleure et crie au moindre bruit. Ces derniers symptômes ne nous étonnent guère, car nous connaissons son hérédité nerveuse chargée, depuis que nous avons soigné, éga-

lement pour anorexie, une de ses sœurs. (C'est Yvette, le cas n° 2). L'histoire d'Yvette éclaire celle de Geneviève en montrant le degré du nervosisme familial, le milieu dans lequel s'est développé l'anorexie, et notamment le tempérament inquiet de la mère.

La mère n'a pas voulu se séparer de son enfant, alla consulter avec elle un peu partout, mais, faute d'isolement familial, Geneviève n'a pas guéri. »

M. le Professeur Lereboullet, en rapportant ce cas dans une leçon clinique, fait remarquer que cette observation met en relief un fait nouveau, à savoir que *l'enfant boit en dormant et refuse, au contraire, de téter si elle est éveillée*. Nous retrouverons ce caractère encore dans un autre cas.

CHAPITRE III

*L'enfant. — Le milieu. — L'épine et le psychisme.
L'évolution. — Deux observations.*

L'enfant

Ces trois cas suffisent pour nous donner une idée de ce qu'est le rôle du nervosisme du nourrisson et de son entourage dans le développement d'une anorexie. Une première analyse nous montre ce qu'on peut trouver de commun entre eux.

Dans les antécédents personnels, on a affaire à des enfants très nerveux, « enfants vifs » (Marfan) et qui se montrent ainsi dès les premiers jours de la vie.

« Il s'agit d'enfants nerveux, fils de neuro-arthritique qui frappent d'emblée par leur air fin et éveillé, leur vivacité et leur intelligence précocement développée. On pourrait se demander à leur propos si l'éveil prématuré de l'intelligence n'est pas antagoniste du bon équilibre des fonctions végétatives. Ce sont des bébés agités, rémuants, joueurs, sursautants au moindre bruit ; même âgés de quelques mois, ils participent avec intensité à la vie de leur entourage ; leur visage, leurs yeux, leurs petites mains s'intéressent à tout ; tout est pour eux sujet à distraction surtout au moment des repas. Au moindre bruit, au moindre éclat de lumière ils quittent le sein ou le biberon ; ils trépigignent, ils serrent la bouche avec force et aucune puissance humaine n'est capable de rendre au biberon quelque attrait. Les repas durent une heure et

même davantage ; ils ne sont absorbés que partiellement ; leur horaire en est profondément troublé. L'entourage s'énervé et ce manque de sang-froid aggrave encore l'état nerveux du petit. » (Lelong).

Cet acte de têter, si simple chez l'enfant normal, devient un véritable supplice chez l'anorexique.

« Il faut avoir assisté au repas pour se faire une idée exacte du drame qu'arrive à constituer pour la famille et pour l'enfant une anorexie tant soit peu marquée. Dès que l'enfant aperçoit le biberon il se met à crier, à gesticuler et à repousser violemment son biberon avec les mains ou la tétine avec la langue ; l'entourage s'ingénie à inventer des distractions pour que l'enfant tette et déglutisse sans s'en apercevoir. Après 3/4 d'heure ou une heure d'efforts qui n'aboutissent qu'à une absorption partielle du biberon, le nourrisson deveint calme et aimable, dès qu'on éloigne son repas, comme si rien ne venait de se passer et comme s'il était suffisamment alimenté. » (Lereboullet et Bohn).

Sous le chef d'*antécédents héréditaires* on trouve presque sans exception des parents nerveux, et tous les auteurs insistent beaucoup sur cette hérédité qu'ils appellent neuro-arthritique et à laquelle ils attribuent une importance de premier ordre. C'est cette hérédité qui, avec le milieu névropathique, qui entoure le bébé, forment le « terrain » sur lequel la moindre cause, « l'épine », comme on l'appelle, peut faire éclater une anorexie rebelle. « L'anorexie nerveuse ou mentale se retrouve toujours dans les antécédents héréditaires des malades » affirme M. Comby exprimant l'opinion générale.

Sans vouloir nier l'influence de l'hérédité dans les cas de l'anorexie nerveuse il semble, néanmoins, que l'existence ou la valeur de ce facteur très vraisemblable n'est pas toujours démontré avec une suffisante rigueur.

On sait combien il est facile de trouver une « nervosité » quelconque dans les ascendants d'une personne. A employer ce terme vague, ou l'autre « neuro-arthritique » qui n'est pas beaucoup plus précis presque chacun de nous se trouvera sans grande difficulté chargé d'une descendance d'une souche « neuro-arthritique ». Les enfants anorexiques ne sont peut-être pas plus tarés de ce point de vue que les autres.

Le milieu

Ce qui indubitablement joue un grand rôle c'est le MILIEU NEVROPATHIQUE qui influe sur l'éducation journalière du nourrisson. Ce milieu à lui seul est peut-être suffisant pour expliquer le comportement anormal de l'enfant. « N'est pas anorexique n'importe qui. Ce sont victimes de leur hérédité et de leur milieu ». (Bohn).

Ce mécanisme, il me semble, rappelle la question tant débattue autrefois: la tuberculose infantile est-elle congénitale ou acquise ?

Et, comme dans le cas de la tuberculose, on est certain ici aussi que quel que soit la conclusion théorique, au point de vue pratique les enfants dans une famille nerveuse sont exposés plus que dans une autre à devenir des anorexiques et dans le traitement, puisque le changement d'hérédité est hors du pouvoir du médecin, on essaye d'agir sur le milieu par des divers moyens d'isolement ou d'éducation comme cela sera exposé dans le chapitre sur le traitement.

D'ailleurs, le fait même de l'amélioration apportée par l'isolement à l'anorexie tendrait à démontrer que celle-ci serait un simple nervosisme plutôt qu'une tare spécifiquement héréditaire.

Toute la situation peut-être résumée dans le conseil

donné par M. le Pr. Lereboullet dans son enseignement clinique :

« On doit retenir les trois points suivants :

1) La cause immédiate qui a déclenché l'anorexie n'est qu'un facteur occasionnel dont l'importance est limitée, c'est souvent une cause locale qui peut disparaître, l'anorexie lui survivant.

2) Le psychisme de l'enfant agité, distrait et facilement excitable joue un grand rôle dans le développement de l'anorexie, mais serait souvent insuffisant à lui seul à faire durer l'anorexie.

3) Le nervosisme de l'entourage, son inquiétude et ses erreurs de technique entretiennent souvent et aggravent presque toujours l'état ainsi constitué. »

Nous avons déjà vu à quoi amène cet ensemble d'un enfant nerveux et refusant de manger avec des parents, nerveux aussi, et insistant par tous les moyens pour le faire manger quand même. Plusieurs fois par jour ce sont des scènes, de véritables tragédies et la situation ne va qu'empirer de jour en jour.

Dans quelques phrases très descriptives Lasègue nous peint toute cette situation vraiment malheureuse.

« La famille, dit-il, n'a à sa disposition que deux méthodes qu'elle épuise toujours : prier et menacer... L'excès de l'insistance appelle un surcroît de résistance... il se forme ainsi une façon d'atmosphère autour de la malade (1) qui l'enveloppe et à laquelle elle n'échappe à aucune heure de la journée. »

Dans ces conditions, naturellement, l'enfant se développe mal; il perd du poids, son pannicule adipeux s'amincit de jour en jour ; il devient pâle, anémique, faible. Il est exposé à souffrir des troubles digestifs

(1) Lasègue parle ici des anorexiques adultes dont la grande majorité sont des jeunes filles et des femmes, mais c'est exactement la même chose si le sujet n'est qu'un nourrisson.

fréquents, surtout de la constipation, troubles qui viennent aggraver encore plus son refus de s'alimenter. L'enfant devient hypo- et puis athrepsique et se trouve une proie particulièrement aisée à toutes espèces d'infections.

M. le Pr. Nobécourt explique que la déshydratation de l'enfant inanitié intervient pour une bonne part dans la production des phénomènes morbides et c'est à elle qu'il faut attribuer la cyanose, la polyglobulie et l'abaissement de la P. A. L'augmentation rapide du poids les premiers jours de l'amélioration est due à la fixation de l'eau par l'organisme deshydraté. Ce qui est témoinée, entre autre, par une baisse rapide, mais passagère du nombre des globules rouges dans le sang.

L'épine

Si maintenant nous serrons d'un peu plus près les cas présentés nous trouverons encore quelques points bien intéressants. En premier lieu c'est que *chaque fois on rencontre une « épine » qui a déclenché ou entretenu l'anorexie*. « Il faut une épine organique, amplifiée par un terrain (hérédité neuro-arthritique et milieu névropathique) » (Lelong).

Mais le caractère de cette épine peut être des plus variables. Elle peut être une légère infection, comme c'était très probablement le cas de Bernard G. Elle peut être aussi un simple réflexe conditionnel qui a provoqué par sa peur ou par sa douleur le premier refus de s'alimenter. Nous trouvons ce fait chez Yvette P. et encore dans le cas de l'enfant brûlé rapporté par Barbier. Enfin, elle peut être n'importe quelle autre cause qui tourne l'acte de l'alimentation, chose agréable pour l'enfant, en une chose désagréable ou douloureuse. A ces faits se rattachent : le muguet, des rhagades, un abcès retro-pharyngien, une stomatite aphteuse... etc.

En tout cas, quelle que soit l'épine, l'anorexie, une fois déclenchée, peut bien s'en passer, quand elle est entretenue par le milieu ennervé. C'est pourquoi on a souvent tant de difficultés à retrouver le *primum movens*. Chaque nouveau pas difficile du bébé peut devenir une épine pour l'anorexie. Et il faut se souvenir combien nombreux sont ces pas nouveaux dans la première période de la vie. Des actes qu'ont été habitués de considérer comme des réflexes innés sont en vérité d'une exécution très compliquée pour l'enfant. « Le nourrisson doit apprendre à déglutir les solides comme il apprend à marcher » (Lelong) et en quelque sorte dans la même catégorie sont : la première bouillie, la première purée, la viande. M. Comby, enfin, attire notre attention sur une autre cause de l'anorexie, qui n'est peut-être pas de moindre importance. « Quelquefois, nous dit-il, l'anorexie résulte du dégoût, causé par une alimentation trop uniforme, par l'abus du lait ou par un changement brusque, un sevrage brutal un passage sans transition du sein au biberon ». Un auteur viennois, A. Reuss, nous dit presque la même chose : « il faut prendre en considération les goûts des nourrissons qui commencent à se montrer pendant les premières années. S'ils repoussent quelques aliments, c'est peut-être que ces aliments ne sont pas bien préparés. »

Psychisme

Et voici maintenant un autre fait très intéressant. On observe que *l'anorexie nerveuse ne se montre pas dès les premiers jours de la vie, mais après que l'enfant a déjà subi un certain degré de développement intellectuel si élémentaire soit-il*. « Ce type (anorexie nerveuse) est rare avant trois mois » écrit M. Lelong. Mais cette limite semble trop avancée pour les autres.

Pour M. Lereboullet « l'anorexie nerveuse ne se voit qu'après l'âge de trois à six mois » tandis que pour M. Marfan elle apparaît « après le sixième mois, surtout dans la deuxième année ».

Ce premier temps de la vie relativement libre d'anorexie psychique peut bien s'expliquer. C'est simplement que les nourrissons n'ont pas encore atteint le développement intellectuel nécessaire pour réagir correctement aux influences éducationnelles de leur milieu.

Ainsi un grand bruit soudain agira sur le nouveau né simplement comme un stimulant d'un réflexe simple et local de l'ouïe parce que les connections ne sont pas encore suffisamment bien liées avec les autres parties du cerveau pour que celui-ci agisse comme une unité. Mais il en sera tout autrement après trois ou quatre mois quand ces connections se sont achevées et nous avons vu les résultats d'un tel incident chez Yvette P.

MM. Lereboullet et Bohn constatent encore : « L'anorexie n'est pas très fréquente chez le nourrisson au sein : on la constate surtout dans l'allaitement artificiel ou après le sevrage ». Cela se comprend, si on considère que cette période d'allaitement au sein n'est pas seulement la période la plus jeune où, comme nous l'avons vu, le nourrisson n'est pas encore prêt pour réagir psychiquement, mais l'allaitement au sein est aussi un moyen d'alimentation qui expose le nourrisson beaucoup moins que n'importe quel autre à des adaptations et aux hasards.

Nous avons vu quand et comment une anorexie peut se développer. Quel peut être l'aspect de notre petite malade et de son entourage. Comment va maintenant évoluer cette anorexie ?

Evolution

Dans les cas cités ici il semble que tout s'est bien arrangé après quelques conseils de bon sens et un traitement assez simple. Mais il ne faut pas oublier qu'ici nous avons affaire à des cas où on a essayé de pénétrer l'étiologie de l'affection et où on a suivi un traitement approprié. Dans beaucoup de cas dans la vie pratique cela ne se passe pas ainsi. Alors que peut-on attendre d'une anorexie nerveuse non traitée ou mal traitée ? Cela dépendra largement, bien sûr, de la gravité de l'anorexie, mais il faut savoir qu'elle peut facilement amener la mort par inanition, infection, tuberculose.

Autrefois on a préconisé de laisser les anorexiques sans manger, pour que la force « naturelle » de la faim les fasse renoncer à leur obsession. C'est une pratique qui n'est pas défendable, même chez l'adulte, puisqu'elle ne fait qu'émousser l'appétit ; chez l'enfant le danger est encore plus grand.

« L'enfant est trop jeune pour perdre sans danger une trop grande partie de son poids » (Comby). Mais, en général, on est en droit d'affirmer, que le pronostic immédiat d'une anorexie mise en traitement n'est pas très grave. La seule chose à craindre et à éviter c'est que l'anorexie ne fasse pas une sorte de cercle vicieux soit avec l'entourage, soit avec le petit malade lui-même. Dans le premier cas, on est témoin d'un énervement mutuel entre l'enfant et sa famille qui ne va qu'en s'agrandissant et naturellement aggrave la maladie. Dans le deuxième cas, l'enfant s'affaiblit à un tel point qu'on ne peut plus lutter pour sa vie. Le refus de boire est de mauvais pronostic. Hormis ces cas, qui ne doivent être qu'exceptionnels, l'évolution d'une anorexie nerveuse bien traitée doit être considérée comme favorable.

Mais pour assurer une évolution favorable par l'ins-

titution d'un traitement étiologique, il faut d'abord être sûr du *diagnostic*. Le fait de l'anorexie même est de prime évidence. Il faut un peu plus d'analyse pour évaluer le facteur nerveux. Il est juste, peut-être, de mettre ici en garde le médecin comme le fait Bartusch-Marrain, que quelquefois ce sont de très beaux enfants, des enfants même hyperalimentés, qui sont amenés à la consultation par leurs mères trop anxieuses parce qu'ils ne mangent pas ! Dans ces cas il n'y a qu'un régime à instituer : instruire et calmer les mères. Mais, en général l'enfant ne mange vraiment pas, et alors il faut en chercher la cause.

En tout cas il faut se souvenir qu'une anorexie établie par n'importe quelle cause est susceptible à devenir une anorexie mentale et l'élimination de l'épine, qui est toujours nécessaire, n'est pourtant pas toujours suffisante pour donner la guérison définitive.

Nous voyons alors bien comment la *notion d'étiologie* est importante dans l'anorexie. Il faut préciser l'occasion de la première manifestation de l'anorexie ; si elle est influençable par certaines pratiques, etc. (Lecadre) et cela n'est pas toujours une chose facile.

OBSERVATIONS

Témoins ces deux cas qui sont certainement moins démonstratifs que ceux déjà cités ci-dessus, mais qui ont peut-être le mérite d'être caractéristiques de la majorité des cas rencontrés dans la pratique quotidienne.

CAS N° 4 : MICHELE J...

Cette enfant, âgée de 11 mois, entre dans le service le 9 avril 1935, parce qu'elle présente depuis le 1er décembre une anorexie très marquée pour le lait.

Jusqu'à 7 mois, l'enfant tétait sa mère et prenait du poids normalement. Le 27 novembre, elle pèse 7 kgs 210 (à 6 mois).

Mais le 1er décembre, la mère a été opérée de grossesse extra-utérine (rompue) et dès lors on a été obligé de sévrer l'enfant et de lui donner le biberon (lait de vache, 5 biberons).

Mais sa mère s'est heurtée à un refus absolu du biberon. L'enfant refusait de boire et n'acceptait tout au plus de prendre le lait à la cuiller. Mais au début, si elle arrivait à lui faire prendre dans la journée 600 gr. de lait. depuis quelque temps l'enfant, très nerveuse et de plus en plus capricieuse, ne veut absorber que quelques cuillers de lait : en tout 200 gr. par jour.

Dès lors, sa courbe de poids s'est modifiée ; l'enfant prenant 150 gr. dans une semaine pour les reperdre la semaine suivante.

L'enfant est par ailleurs très nerveuse, fait facilement des colères, mais a des nuits calmes et dort bien.

Depuis quinze jours, sur les conseils du Professeur Le-reboullet, elle prend 4 cg. de gardénal et une préparation de chlorure et de bromure de calcium.

En même temps, sur les mêmes conseils, la mère a cessé de brusquer l'enfant : au lieu de la serrer dans les bras et de lui faire prendre de force quelques gorgées de lait, elle se contente de lui présenter le biberon et, en cas de refus, de le lui redonner quelques minutes plus tard. Le procédé a semblé porter ses fruits et après un mois la mère reprend son enfant qui prend maintenant de 850 à 900 gr. de lait par jour et qui a pris 500 gr. de poids en quinze jours. Au dernier examen (26 octobre 1935) l'enfant pèse 10 kg 300 et se porte très bien.

Dans ce cas, la valeur du facteur nerveux dans l'anorexie est démontrée par l'épreuve du tratiement. La cause initiale était probablement une mauvaise adaptation aux changements de repas.

Voici une autre observation.

CAS N° 5

Arlette P..., née le 1er mars 1929. Premier examen à l'âge de 6 ans. Dg. anorexie ; cuti positive.

Antécédents personnels. — Pas de B. C. G., premier enfant, née à terme ; aucune maladie.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Histoire de la maladie présente. — L'enfant a été amenée parce qu'elle était très difficile à faire manger. Elle serait anorexique depuis sa naissance, mais on n'a aucun renseignement sur le milieu familial et sur le caractère. de l'enfant (élevée par une tante qu'on doit faire revenir pour avoir des renseignements).

L'enfant paraît assez volontaire et assez capricieuse. Les premiers jours, elle a essayé de refuser de manger, mais elle a mangé tout de même. Depuis, elle mange régulièrement, mais l'infirmière a des difficultés ; l'enfant mange lentement et a l'air de ne jamais avoir faim. Quelquefois elle jette son assiette par terre ou l'enroule dans sa serviette pour ne pas manger.

La cuti faite le premier jour a été positive, mais le reste de l'examen ne montre rien d'anormal. Développement normal, squelette normal ; auscultation pulmonaire et cardiaque normales. Pas de ganglions cervicaux ni axillaires ; quelques ganglions inguinaux. Le foie déborde de deux travers de doigts. La rate n'est pas perceptible. Pas de signe de Chvostek.

Radio. — Hiles un peu chargées, mais pas d'élargissement du médiastin. L'ablation des amygdales a été reculée de trois semaines après la poussée de T°.

Renseignements fournis par la tante :

L'enfant est l'aînée de trois et a presque toujours été élevée chez sa tante et sa grand'mère où elle est seule enfant. Elle va en classe, mais sa grand'mère est très faible et ne permet pas à la tante de la contrarier. Elle mange avec sa tante qui doit passer très longtemps à ces repas, la petite étant très capricieuse et n'ayant jamais faim.

Cependant l'enfant mange beaucoup plus facilement les desserts. L'enfant a été un mois chez des étrangers à la campagne, sans ses parents ni sa grand'mère, et elle n'a fait alors aucune difficulté pour manger.

En résumé, il s'agit d'une enfant au caractère assez difficile et volontaire dont l'anorexie relative est grandement favorisée par le milieu familial où l'enfant est seule et non contrariée.

On peut trouver un grand nombre de cas semblables, ou encore plus nets, dans la littérature et encore plus dans la pratique quotidienne.

Il nous reste maintenant, avant d'aborder la question de la thérapeutique, d'essayer d'élucider *le rôle pathogénique de ce facteur nerveux*.

CHAPITRE IV

PATHOGENIE

Intelligence, réflexe, autres théories, observations

Autrefois les médecins n'admettaient qu'avec beaucoup de réserve l'existence d'un facteur nerveux, si il apparaissait seul, dans sa forme pure. On cherchait toujours, et avec beaucoup de raison d'ailleurs, toutes les autres causes possibles : alimentation, infection, etc.

« Il semble invraisemblable qu'un nourrisson puisse être atteint d'anorexie nerveuse. Un bébé dont l'intelligence est à peine éveillée et le jugement embryonnaire ! Peut-on admettre qu'il prémédite son anorexie ? le fait existe, néanmoins, et il s'explique mal » (Comby).

M. Comby reconnaît alors :

« Déjà à l'âge de quelques mois l'enfant peut prendre l'habitude de tyranniser son entourage ; l'anorexie est son moyen ; le sauvetage par le gavage montre qu'il n'y avait pas une dyspepsie chimique ». Bartusch-Marrain répète lui aussi : « avant la fin de la première année déjà les enfants trouvent qu'ils possèdent un pouvoir dans leur refus de manger ».

Autrement dit, on essaye d'appliquer ici le même mécanisme qui joue si largement dans l'anorexie psychique de l'adolescence. On incrimine la mauvaise volonté. Sans doute la personnalité consciente de l'enfant peut se montrer beaucoup plus tôt qu'on ne le pense, mais on reste toujours quelque peu déconcerté

devant une manifestation pareille à l'âge de 3 mois. On est en droit de se demander : le psychisme du nourrisson ne peut-il être atteint par d'autres voies, plus simples, que par l'intelligence seule ? Il semble qu'il existe même plusieurs de ces voies.

Parmi ces voies plus simples la principale est celle du réflexe conditionnel.

Ce réflexe peut-être mis en œuvre par deux mobiles principaux : la douleur et la peur.

La peur peut être réalisée même chez le nourrisson du plus jeune âge par deux faits : un bruit intense et soudain, un changement brusque de position. A ce moment le système sympathique entre en jeu amenant la perte de l'appétit.

L'établissement d'un réflexe conditionnel ne demande nullement la répétition de l'acte, une seule fois suffit, si l'impression est assez forte pour faire la connexion entre la situation et le stimulus.

Dans notre observation d'Yvette P., on était jusqu'à dans des conditions de laboratoire : bruit soudain pendant l'alimentation et fixation de la sensation désagréable sur le processus de téter.

Il sera intéressant d'observer que le deuxième incident dans le drame d'Yvette était aussi prévu par les pédiatres. M. Ribadeau-Dumas écrit notamment : « L'acte de la tétée produit chez l'enfant des sensations agréables puisqu'il se contente souvent de *tétines sans biberons* ; mais la surprise d'une pénétration anormale de lait dans la bouche peut contrarier le jeu de la déglutition et l'enfant traduit son appréhension par le refus de boire autrement qu'avec le biberon ». Ici le refus était simplement plus absolu après l'inondation décrite.

Je veux enfin rappeler ici un cas rapporté par M. le Professeur Lereboullet, et dont l'interprétation peut possiblement jeter encore un peu de lumière sur le mécanisme de l'anorexie.

Cas. N° 6

C'est un enfant de seize (16) mois né à la suite d'une application de forceps au cours d'un accouchement laborieux et pesant à la naissance 3.300 grammes.

L'anorexie a débuté chez lui à l'âge de 2 mois 1/2 : il avait été jusque-là nourri au sein, sauf pendant les dix derniers jours où il avait été mis au lait de vache. Elle a persisté depuis lors sans interruption jusqu'à maintenant, à l'exception toutefois d'une courte période de trois semaines, au sortir d'une maladie sérieuse, pendant laquelle il demanda volontiers à boire.

Si on relève chez lui d'une part une intolérance à tous les laits, successivement essayés, d'autre part une série d'épisodes infectueux (otites, entérites, etc...) qui ont pu jouer un rôle dans la genèse et l'entretien de l'anorexie, le facteur nerveux semble prédominant et ressort de l'exposé même des parents. « Petit à petit, écrit la mère, il ne voulait plus de lait, il fallait agir avec ruse, *il buvait s'il dormait* ; s'il se réveillait, c'était fini ; si on insistait, il vomissait ; le docteur l'a soigné avec tous les médicaments, rien n'y faisait. Après une grosse poussée infectieuse il a eu temporairement plus d'appétit puis celui-ci est retombé, malgré tous les régimes. Il pleure lorsqu'il voit qu'on prépare les aliments. On profite de ce qu'il dort pour le faire boire au biberon. Lorsqu'il dort il mange bien et n'a pas d'élan pour vomir ; s'il se réveille, il se débat et ne veut rien prendre ».

« A 16 mois, les repas faits en dormant se passent bien, à moins qu'il ne se réveille, mais les repas faits sans dormir à midi, à 16 heures et 20 heures sont toujours absorbés avec beaucoup de difficultés et très souvent vomis, tout au moins en partie. »

L'examen de cet enfant est relativement négatif, en dehors de son état d'hypotrophie et des quelques troubles digestifs mentionnés. Le traitement institué par moi donne d'abord quelques résultats, mais l'enfant soigné au loin et dans le milieu familial est imparfaitement suivi et l'amélioration, il faut le craindre, ne sera que temporaire étant donné surtout l'inquiétude maternelle cons-

tante qui l'empêche de demeurer fidèle à la ligne thérapeutique conseillée. Elle se rapproche à cet égard de la mère de notre seconde petite malade.

Le fait ressortant d'ici est, que *l'enfant boit en dormant, mais refuse de téter s'il est réveillé*. Nous avons vu ça aussi chez Geneviève P. et le fait semble être bien connu. Mathieu et Leroy le mentionnent comme observé par Feldstein. Ils disent : « les nourrissons tétent mieux dans un lieu silencieux et obscur et en demi-sommeil. Il est plus que probable que les conditions de silence et d'obscurité doivent la plus grande partie de leur valeur à ce qu'ils conduisent au sommeil. »

On peut se demander : pourquoi cette amélioration pendant le sommeil ? Il me semble que l'explication peut être celle-ci : pendant le sommeil la conscience de l'enfant est, elle aussi, en quelque sorte endormie. Il ne reconnaît plus l'ensemble de la situation avec la netteté usuelle et ainsi ne note pas l'élément qui stimule toujours sa répugnance.

Chez l'enfant un peu plus âgé on peut déjà facilement appliquer la notion d'une personnalité plus développée comme le fait Comby. Alors entre en jeu le facteur complexe de l'éducation dans le sens plus exact de ce mot. Ici encore Yvette P. nous fournit un exemple frappant. Après avoir été considérablement améliorée de son anorexie par des conseils sur le comportement, elle faillit faire une constipation chronique parce que les mêmes fautes d'éducation tentaient de la fixer maintenant sur cette autre activité. C'était, si on veut, une espèce de contre-expérience confirmant que l'éducation et le psychisme étaient à la base de tout.

Mais l'anorexie ne doit pas nécessairement être purement « éducationnelle », « psychique » ; elle peut aussi résulter de ce qu'on appelle dans un sens un peu plus large, « nervosisme ». Nous avons déjà vu que la peur, agissant sur le système vago-sympathique, peut devenir une cause d'anorexie. Mais nous savons que l'excitabilité vago-sympathique est assez variable.

Il doit exister des nourrissons dont le système neuro-végétatif présente un certain degré d'éréthisme. Ils de-

viendraient anorexiques plus facilement que ceux qui présentent un parfait équilibre vago-sympathique.

Enfin, sur les limites de l'anorexie nerveuse, on peut peut-être, mentionner encore une anorexie de nutrition et une anorexie congénitale. Au sujet de la première R. Mathieu et E. Leroy disent : « L'anorexie *sine materia* (psychique) peut s'expliquer par perturbations organiques de la nutrition ». Cela paraît un peu vague. Peut-être est-il possible vraiment d'individualiser un tel groupe, mais il semble qu'en général il sera bien difficile de préciser où finit la cause et où commence l'effet. Est-ce que les troubles de la nutrition amènent à l'anorexie, ou peut-être ce n'est que l'anorexie qui perturbe la nutrition ?

Un auteur anglais, J.-F. Still, parle d'une anorexie congénitale dans laquelle un « centre de la faim » ne serait pas excité comme chez l'être normal par le manque de matière nutritive dans le sang.

Cette explication est plutôt un jeu de mots, mais le fait est là ; qu'ils existent de tels nourrissons anorexiques. Et il vaut peut-être mieux retenir la possibilité d'une anorexie congénitale dans le cadre de l'anorexie mentale.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

La *prophylaxie* dans les cas d'anorexie a la même importance que dans beaucoup d'autres maladies où prévenir vaut mieux que guérir.

Il semble, que toute la prophylaxie doive se réduire à quelques conseils de bon sens. Parmi ceux-ci, les plus importants seront :

La réduction de l'alimentation à la première défaillance de l'appétit qui peut indiquer une infection.

Prévenir les difficultés du sevrage et du changement de nourriture en graduant l'alimentation nouvelle. Eviter la suralimentation et surtout les émotions au cours de repas.

En dehors de ces conseils, il faut penser que le lait est donné parfois d'une façon trop exclusive à l'enfant et sa suppression partielle a donné plusieurs améliorations notables.

Le traitement doit être : étiologique, physiopathologique, symptomatique et psychique (Bohn).

M. le Professeur Lereboullet rappelle que « le traitement ne peut être unique et doit s'adapter à chaque cas particulier ». Et il remarque encore : « Ce n'est pas le médecin qui dague par réflexe et sans analyse précise du cas qui obtient des résultats thérapeutiques ; c'est le médecin qui, avant de soigner, fait une enquête psychologique suffisante sur la manière dont s'est développé l'anorexie, les causes qui l'entretiennent et qui peut agir avec un minimum de prescrip-

tions médicamenteuses et donner tous les conseils appropriés au cas particulier observé. »

Les grandes lignes, pour lui, sont :

1° Régler l'alimentation : horaire de tétées et variation du régime ;

2° Améliorer l'état général, l'état infectieux et l'état digestif de l'enfant.

Ainsi, on peut donner Fe dans les anémies, vitamines dans les carences (éviter, toutefois, l'hypervitaminose). Comme tonique digestif, il recommande :

Bicarbonate de soude ...	} aa 2 gr.
Nacl	
Eau distillée	

Une cuillerée à dessert deux à trois fois par jour avant l'alimentation.

On peut aussi employer la pepsine, le suc gastrique de porc, la pancréatine et surtout le calomel, à petites doses, comme stimulant de la fonction hépatique. L'insuline est parfois utile, associée à des injections de sérum glucosé, mais se méfier des injections de sérum salé, souvent énervantes et fébriles.

3° Le traitement *étiologique* est très important, surtout pour la tuberculose et la syphilis (lactate de Hg).

4° Les rayons U. V. stimulent l'appétit chez les débiles, mais ils peuvent provoquer la fièvre, l'agitation (contre-indiquées dans le rachitisme, où ils consolident les déformations. — Lecadre).

5° Pour l'état nerveux : mettre l'enfant dans une atmosphère de calme, le rendre moins excitable par une médication simple, gardénal par doses quotidiennes de 2 à 4 cg.; préparations de CaBr_2 et CaCl_2 .

6° Enfin et surtout veiller sur le psychisme de l'enfant et ne pas hésiter à isoler l'enfant si les traitements précédents ne donnent pas un résultat rapide. C'est un traitement héroïque qu'on peut réaliser de plusieurs façons : changement d'air, changement de la personne qui s'occupe de l'enfant, voire même isole-

ment dans le milieu hospitalier. « J'ai toujours pu, nous dit M. le Professeur Lereboullet, par ces moyens, guérir les petits anorexiques sans avoir eu besoin de recourir au gavage, qui ne doit être employé que dans les cas désespérés. »

Ce dernier conseil, d'ailleurs, exprime l'opinion aussi de M. Comby (« Recourir au gavage en dernier lieu seulement »), et de G. Ballet, qui appelle le gavage « une pratique déplorable ». On comprend bien que ce moyen, artificiel et pas toujours agréable pour le petit malade, ne va pas au fond des choses et a une tendance à se perpétuer. Au sujet de 2.050 gavages dans un cas où le grand-père de l'enfant était médecin, M. Lereboullet remarque :

« Il semble bien que ces gavages répétés ont retardé la guérison en créant une habitude néfaste, et, si personne dans l'entourage n'avait su faire des gavages, l'anorexie aurait plus facilement disparu. »

Ainsi le gavage doit être considéré comme un moyen exceptionnel et n'être employé que dans une anorexie de gravité extrême, où la vie de l'enfant est immédiatement menacée.

Au sujet de la psychothérapie, M. le Professeur Lereboullet enseigne encore : « Les conseils appropriés à la famille sont indispensables et doivent être souvent répétés puisque l'anorexie est en grande partie fonction du milieu dans lequel l'enfant est élevé. »

M. Lelong résume tout cela en disant : « Dans l'anorexie nerveuse: supprimer l'épine, obtenir chez l'entourage : silence, douceur, fermeté. »

Le médecin est même forcé quelquefois de recourir aux ruses pour faire valoir ses instructions, et Bartsch-Marrain nous rappelle que :

« ...il faut éduquer la mère de se méfier de formules générales de poids ou de quantités que l'enfant « doit » prendre. Ne pas montrer ni grande joie, ni colère quoi que fasse l'enfant. Quand il est difficile de per-

suader la mère que c'est par sa faute que l'enfant est anorexique, on peut déclarer un catarrhe de l'estomac, par exemple, et ainsi prescrire un régime qui provoquera l'appétit ».

Ainsi, comme on peut le voir, la meilleure psychothérapie est simplement l'application du bon sens ordinaire.

En résumé, dans l'arsenal très riche des médicaments et des conseils le médecin doit, devant une anorexie mentale, choisir avec grande circonspection ses moyens de lutte. Il faut beaucoup de patience et de persévérance et ne jamais oublier qu'une simple question sur les pratiques quotidiennes dans la maison éclairera bien mieux la situation que nombre de recherches savantes au laboratoire, et qu'une potion calmante pour la mère vaudrait plus qu'une prescription pour l'enfant.

CONCLUSIONS

1. L'anorexie du nourrisson se présente comme un syndrome qui est sous la dépendance d'assez nombreux facteurs étiologiques. Dans la pratique, ceux-ci s'associent en proportions variables pour réaliser une étiologie complexe qu'il faut analyser minutieusement si on veut arriver à un résultat thérapeutique satisfaisant.

2. Cette analyse, faite dans nombre de cas et notamment dans ceux que nous rapportons, montre à l'habitude les trois points suivants (Lereboullet) :

a) La cause médicale qui a déclenché l'anorexie n'est souvent qu'un facteur occasionnel dont l'importance est limitée ; c'est fréquemment une cause locale qui peut disparaître, l'anorexie lui survivant ;

b) Le psychisme de l'enfant agité, distrait, facilement excitable, joue un grand rôle dans le développement de l'anorexie, mais il serait souvent insuffisant à lui seul à la faire durer ;

c) Le nervosisme de l'entourage, son inquiétude et ses erreurs de technique entretiennent souvent et aggravent presque toujours l'état ainsi constitué.

3. Faute de reconnaître à temps cet élément psychique, l'anorexie peut entraîner une hypothrepsie grave du nourrisson et menacer directement sa vie.

4. Quelle que soit l'importance de diverses médications conseillées contre l'anorexie, quelle que soit leur utilité certaine dans nombre de cas, elles demeurent inefficaces, si on ne s'adresse pas à ce facteur nerveux par des conseils appropriés à l'entourage et au besoin par l'isolement de l'enfant hors du milieu familial.

Vu : *Le Doyen,*

ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*

LEREBOULLET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALDRICH (C.-A.). — *Prevention of Anorexia in Children.* — J. A. M. A. 89, Sept. 17, 1927 ; pp. 928-931.
- BARBIER (M.-A.). — *Anorexie chez les nourrissons et gavage.* Bul. de la Soc. de Péd. de Paris, 17 fév., 1925 ; p. 74.
- BARTUSCH-MARRAIN (A.). — *Appetitstörung in Kinderalter und ihre Behandlung.* Wien. Mediz. Wochensch., 11 März, 1923 ; pp. 299-302. (Wien, Klin. Wochenschr., 33, 12 Aug., 1933.)
- BECHTEREV (B.-M.) et STCHELOVANOV (N.-M.). — *Contribution à l'étude de la réflexologie génétique, in : Les méthodes de l'étude objective de l'enfant par Evergetov.* Leningrad, 1924. Edition de l'Institut Pédologique de Leningrad.
- BOHN (A.). — *Les problèmes que nous pose quotidiennement l'Anorexie des jeunes enfants.* L'Hôp. Juillet 1935.
- BOULADE-PERIGOIS. — *Anorexie nerveuse chez les nourrissons.* Arch. de méd. des enfants, 1908. p. 837-838.
- BRIAND. — *Emploi des i.s.c. d'o2 comme stimulant de l'appétit et de la nutrition chez le nourrisson.* Bul. de la Soc. de Pédiat. de Paris, 22 Janv., 1929 ; pp. 94-98.
- BUFFET-DELMAS. — *Anorexie mentale chez les nourrissons.* Arch. de Méd. des enfants, 1912, pp. 180-192.
- CATHALA (J.) et SEMELAIGNE (G.). — *Dyspepsies constitutionnelles in : Traité de Médecine des enfants de Nobécourt et Babonneix.* T. 3, pp. 842-846. Masson et Cie, Paris, 1934.
- CODET (H.). — *Anorexie mentale,* in P.M.C. T. 1, pp. 539-542.
- COMBY (J.). — *Anorexie nerveuse.* Arch. des enfants 1908, pp. 562-566. — 1909, pp. 926-928. — 1912, pp. 698-701. *Anorexie infantile et juvenile.* Presse méd., 12 Mars, 1927.
- CORDIER (Ed.). — *Anorexie mentale chez un nourrisson.* Arch. méd. des enfants 1912, pp. 938 ; extrait des Annales de Puériculture de Bruxelles n° 4, Juillet-Sept. 1912.
- FORSCHMEIMER. — *Anorexia nervosa in Children.* Arch. of Ped., Nov., 1907, analysé dans : Arch. de méd. des enf. 1908. p. 571.
- GLEY (P.). — *La faim et l'appétit.* in : Nutrition 1931. pp. 583-593.
- GRIFFITH CROZER. — *A Case of Anorexia nervosa in an Infant.* Arch. of Ped., May 1908, Analysé dans : Arch. de méd. des enf. 1908 ; pp. 572.

- HALLÉ (A.). — Soc. des Hôpitaux, 26 Janv., 1912.
- HOULBERT (C.). — *L'intolérance alimentaire chez les enfants*. Nutrition, 1931, pp. 185-200.
- HUTINEL (V.). — *Anorexie mentale*. Pédiatrie, 15 Mars. 1914.
— *Anorexie mentale*. Journal des praticiens, 23, 1909, pp. 358-360.
- LECADRE (M.). — *Contribution à l'étude de l'anorexie du nourrisson*. Th. de Paris 1931.
- LELONG (M.). — *Les anorexie du nourrisson*. Vie méd. 25 Fév., 1930 ; pp. 211.
- LEREBoullet (P.). — *L'anorexie du nourrisson, ses causes et son traitement*. (Leçon clinique, Mai 1929), in : Progrès méd. n° 10, 8 Mars 1930, pp. 418. Aussi dans l'Echo des praticiens 156, Mars 1930, et encore dans Hygiène et vie, n° 1, Juin 1930.
- LEREBoullet (P.). — *L'anorexie du nourrisson*. Leçon clinique de 21 Nov. 1934. Arch. méd. des enfants. Nov. 1935.
- LEREBoullet (P.) et BOHN (A.). — *Anorexie*. In Traité de méd. des enfants de Nobécourt et Babonneix. T. 3, pp. 750-763. Masson et Cie, Paris 1934.
- MARFAN (A.-B.). — *L'anorexie des enfants du premier âge*. Journ. des praticiens n° 12, 22 Mars 1930 ; pp. 177-179.
- MATHIEU (R.). et LEROY (E.). — *Le traitement des anorexies de causes névropathiques chez le nourrisson*. Le bul. méd., 24 Oct., 1931 ; pp. 739. — *L'anorexie nerveuse chez le nourrisson*. Le concours méd. n° 13, 27 Mars, 1932.
- MOIL (L.). — *Wie kann man die nervöse Anorexie beim Kleinkinde behandeln* Wien. klin. Wochenschr. 40, 3 März, 1927 ; pp. 306-308.
- NOBÉCOURT. — *L'anorexie mentale ou psych.* Rév. gén. de clinique et de thér. 19 Mai, 1934, pp. 321-327.
- ORCHARD NORRIS. — *A Cas of Anorexia Nervosa in an Infant*. Arch. of Ped. May, 1914, Analysé dans : Arch. de méd. des enf. 1915, pp. 509.
- RIBADEAU-DUMAS. — *Anorexie*, in : Traité de path. méd. et de thérap. appliqué. 24, Pédiatrie T. I. pp. 699-701.
- REÜSS (A.). — *Welche Massnahmen sind bei der bedrohlichen Nahrungsversweigerung der Säuglinge zu treffen ?* Wein. Klin. Wochenschr, 43, 11 Jan. 1930.
- SAINT-GIRONS (F.). — *Les anorexies du nourrisson*. Concours méd. 46, 16 Nov. 1930.
- SCHULZ (F.-W.). — *J.A.M.A.* T. 94 N°2. 11/1-1930. pp. 73-77. Problem of chronic Anorexia in Children.
- STILL (C.-F.). — *Congenital Anorexia*. The Practitioner 125, July 1930. pp. 49-53.
- TIXIER. — Monde Médical, 1^{er} oct. 1928.

